Lane Medical Library

Ueber

Rupturen zwischen Clitoris u. Urethralmündung

während der Geburt.

Inaugural-Dissertation

der medizinischen Fakultät in Bern

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Raissa Ladigin-Speransky

aus Petersburg (Russland).

Von der Fakultät zum Druck genehmigt auf Antrag von Hrn. Prof. Müller.

Bern, 9. Mai 1884. LICHTHEIM.

Bern.

Buchdruckerei B. F. Haller.

1884.

Ueber

Rupturen zwischen Clitoris und Urethralmündung

während der Geburt.

Inaugural-Dissertation

der medizinischen Fakultät in Bern

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Raissa Ladigin-Speransky

aus Petersburg (Russland).

Von der Fakultät zum Druck genehmigt auf Antrag von Hrn. Prof. Müller.

Bern, 9. Mai 1884. LICHTHEIM.

Bern.

Buchdruckerei B. F. Haller.

1884.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153513_0121

Ueber Rupturen zwischen Clitoris und Urethralmündung während der Geburt.

In seiner Arbeit „Ueber die Rupturen zwischen Clitoris und Harnröhre spricht Herr Prof. Dr. P. Müller die Ansicht aus, es möge hieran einerseits die anatomische Beschaffenheit des Bulbus vestibuli vaginæ, nämlich dessen brüchiges Gewebe in Verbindung mit starkem Gefässplexus, anderseits aber auch eine allzu kräftige und energische Unterstützung des Perineum während der Austreibungsperiode, wie auch unrichtige und unvorsichtige Manipulationen mit den Zangen, die zu frühe aus horizontaler in verticale Richtung übergeführt werden, fast ausschliesslich die Schuld tragen.

Nachstehende 6 Fälle von Ruptur zwischen Clitoris und Urethralmündung, die an hiesiger geburtshüflicher Klinik beobachtet wurden, mögen als kleiner Nachtrag zu oben erwähnter Arbeit betrachtet werden und sind bis zu einem gewissen Grade im Stande, die von Herrn Prof. Dr. P. Müller aufgestellte Behauptung zu rechtfertigen Es werden derartige Fälle zwar im Allgemeinen nicht sehr häufig beobachtet, auch gibt die einschlägige Literatur wenig Auskunft hierüber, doch ist ihre Aetiologie unserer ganzen Aufmerksamkeit werth, speziell wegen der ungemein häufigen damit complicirten, gefährlichen Blutungen.

I. Fall.

29jährige Multipara, kräftig gebaut, hat vor 5 Jahren normal geboren, wird am 6. Februar in Wehen in die Anstalt gebracht. Becken leicht abgeplattet; — Sp. 24. Cr. 28. Tr. 30. D. B. 13. Cd. 11. Cv. 9. das Promontorium steht hoch; die Wehen sind schwach; nach dem Blasensprung werden dieselben stärker. Der Kopf kommt in 2. H. H. Lage auf den Beckenboden und tritt aus. Da Patientin zu gleicher Zeit stark presst und die Wehen plötzlich sehr heftig werden, lässt sich der Kopf nicht zurückhalten. Die Placenta wird exprimirt; starke Blutung tritt auf, verursacht durch einen tiefen Einriss rechts zwischen Clitoris und Harnröhre. Ein Catheder wird in die Blase eingeführt und der Riss mit 8 Näthen vereinigt, worauf die Blutung aufhört. Ohne dass Wundfieber aufgetreten wäre, wird die Patientin geheilt entlassen.

II. Fall.

27jährige Multipara, mittelgross, kräftig gebaut; erste Geburt Zangengeburt, zweite normal. Becken normal; wird am 4. August in Wehen in die Anstalt gebracht. Der Kopf steht im Beckeneingange fest in 1. H. H. Lage. Muttermund ist verstrichen. Die Geburt erfolgt sportan, wobei beim Durchtritt des Kopfes von der Urethralmündung nach oben ein 5 Centimeter langer, stark blutender Riss entsteht. Perineum bleibt intact. Nach Expression der Placenta werden 8 Suturen angelegt. Es tritt leichter Aleteorismus und Schwellung der äussern Genitalien, verbunden mit etwas Colikschmerzen und Brennen beim Uriniren auf; geheilt entlassen.

III. Fall.

37jährige Primipara, mittelgross und gutgenährte Person wird am 1. Mai in die Anstalt aufgenommen. Be-

finden während der Schwangerschaft gut. Beckendurchmesser: Sp. 24, Cr. 29, Tr. 30, Db. 18,9, Cd. 11, Cv. 9. Am Morgen des 27. Mai steht beim Eintritt der Wehen der Kopf über dem Beckeneingang, mit dem Rücken nach rechts; die Wehen verlaufen ziemlich schwach; am 28. Mai weicht der Kopf etwas nach links ab, die Patientin wird auf die linke Seite gelegt. Der Kopf steht noch beweglich am Beckeneingange, vor demselben befindet sich eine schwachpulsirende Nabelschnurschlinge. Es wird mit ganzer Hand eingegangen, der Kopf in die Höhe geschoben und Nabelschnurschlinge frei gemacht — wobei ein 5 Cm. langer Dammriss entsteht. Der Kopf senkt sich rasch und tritt in 2. H. H. Lage aus, gleichzeitig entsteht ein tiefer Riss zwischen Clitoris und Urethra. Die Wunde wird durch 12 Nähte vereinigt. Am 9. Juni wird die Patientin geheilt entlassen.

IV. Fall.

33jährige Primipara, mittelgrosse, ziemlich kräftige und wohlgenährte Person, gibt an, während der Gravidität starke Schmerzen infolge ausgedehnter Venectasien an den Unterschenkeln gehabt zu haben. Sie kommt am 14. Juni Mittags in Wehen in die Gebäranstalt; das Fruchtwasser war schon 7 Uhr Morgens abgeflossen. Becken normal, Unterleib mässig ausgedehnt. Der Kopf ist am Beckeneingange zu fühlen, der Rücken nach rechts.

Am 15. Juni des Morgens um 6 Uhr ist der Muttermund verstrichen und um 10 Uhr Vormittags tritt unter ziemlich kräftigen Wehen der Kopf in den Beckenausgang, die kleinen Fontanellen nach rechts und vorne. Beim Durchtritt des Kopfes werden nur oberflächliche Dammrisse constatirt, dagegen eine durchgehende Ruptur zwischen Clitoris und Urethra. Die Placenta kann wegen theil-

weisen Verwachsungen nur mit Mühe exprimirt werden. Nach Aplication von 4 Suturen geht die Heilung rasch vor sich, und die Fran wird bald vollständig hergestellt entlassen.

V. Fall.

24jährige Primipara, kräftig und wohlgenährt; Becken normal, Befinden während der Schwangerschaft gut. Beim Eintritt der Wehen steht der Kopf beweglich über dem Beckeneingange in 2. H. H. Lage. Die Geburt erfolgt spontan. Beim Durchtritt des Kopfes entsteht ein 4 Cm. langer Riss durch die Clitoris, der mit 8 Nähten vereinigt wird. Profuse Blutung. Expression der Placenta. Drei Wochen später wird Patientin geheilt entlassen.

VI. Fall.

33jährige Primipara, mittelgrosse und ziemlich kräftige Person; Befinden während der Schwangerschaft gut. Aufnahme am 3. Juni. Becken und äussere Genitalien sind normal, Unterleib mässig ausgedehnt. Auftreten der ersten Wehen am 14. Juni Mittags. Der Kopf steht am Beckeneingange, der Rücken nach rechts. Um 6 Uhr 50 Min. Abends erscheint der Kopf in 2. H. H. Lage. Beim Durchtritt des Kopfes tritt profuse Blutung auf, bedingt durch eine 1 Cm. lange Ruptur zwischen Clitoris und Urethra, während das Perineum unverletzt bleibt. 3 Suturen und einige Dosen Secale cornutum bringen die Blutung zum Stillstand; nachträglich noch zur Desinfection intravageniale Injection von 5%ger Carbollösung. Die Heilung erfolgt durch Granulationsbildung. Es treten keine weiteren Schmerzen beim Uriniren auf und die Frau wird geheilt entlassen.

Aus den mitgetheilten 6 Fällen ist ersichtlich, dass derartige Rupturen bei Multiparen, trotz vorhergegangener

normaler Geburten, als auch bei Primiparen auftreten können.

Die in der Arbeit des Herrn Prof. Dr. P. Müller aufgeführten Geburten waren sämmtliche mit operativen Eingriffen complicirt, während hier alle Rupturen mit sehr starken Blutungen eintraten, ohne dass dem normalen Geburtsverlaufe etwas entgegengestanden oder instrumental eingegriffen worden wäre. Was z. B. die ersten 2 Fälle betrifft, so waren die Gebärenden gut und kräftig gebaut und hatte jede schon vorher normale Geburten durchgemacht, was hat nun hier die Risse veranlasst?

Wie Herr Prof. Dr. P. Müller in seiner Arbeit zeigt, ist die Erweiterung der Gefässe im Bulbus vestibuli eine die Schwangerschaft constant begleitende Erscheinung, welche nun bei der Geburt ihr Maximum erreicht durch den Druck des Kopfes auf diese Theile, und die durch verhinderten Rückfluss des Blutes verursachte Stauungshyperæmie.

Man hat desshalb bei der Leitung der Geburt nicht allein den durch den Druck des Kopfes anæmischen und brüchigen Damm zu unterstützen, sondern eben so sehr Rücksicht zu nehmen auf den prallgefüllten Gefässplexus des Bulbus vestibuli, um eine Ruptur desselben zu verhüten.

Die Hebammen, die sich gewöhnlich nur bestreben, der erstern Verletzungen vorzubeugen, begehen leicht den Fehler, dass sie im Interesse der Dammerhaltung zu frühzeitig und zu stark den Kopf nach oben drängen und rufen dadurch eine weit gefährlichere Ruptur hervor.

Die oben angeführten Fälle 1 und 2 sind recht geeignet, diese Ansicht zu bekräftigen, da der Damm, trotz des raschen und plötzlichen Austretens des Kopfes, unverletzt geblieben war.

Zu Rupturen zwischen Clitoris und Urethralmündung sind, wegen der ungenügenden Elastizität und Brüchigkeit der Gewebe, hauptsächlich die älteren Primiparen disponirt.

Es ist schwer zu sagen, ob in den 4 letzten Fällen einzig und allein die unrichtige Manipulation der Damm-Unterstützung die Rupturen herbeiführte, doch dürfte sie wohl in Verbindung mit einigen anderen prædisponirenden Momenten nicht unwesentlich dazu beigetragen haben.

Im 3. Falle konnte das abgeplattete Becken, Stauung im Bulbus vestibuli hervorrufen und zwar desshalb, da platten Becken überhaupt die Schambogen sehr weit auseinander stehen und der Kopf im Beckenausgange zwischen denselben unmittelbar gegen die Weichtheile drückt. Im 4. Falle lassen die starken Varicen des Unterschenkels auf Abnormität der Gefässwandungen und dem entsprechend leicht eintretenden Dilation und Platzen derselben schliessen und jedenfalls brauchte es in beiden Fällen nicht viel, vielleicht nur einen leichten Contact des Hinterhauptes mit den prallgefüllten Gefässen im Momente der Hebung des Kopfes von der Symphyse, um dieselben zur Berstung zu bringen.

Da profuse Blutungen bei einer Geburt, um die Kreissende von Gefahr bringender Anæmie zu schützen, ein rasches Eingreifen und desshalb vor Allem eine richtige Diagnose verlangen, mögen hier einige Andeutungen Platz finden über die Diagnose und Therapie der Rupturen zwischen Clitoris und Urethralmündung und der Blutstillung während der Nachgeburtsperiode im Allgemeinen.

In erster Linie ist bei eventueller Blutung stets der Zustand des Uterus zu berücksichtigen, in dem man ihn auf seine Consistenz und Grösse prüft. Ist eine Uterusatonie vorhanden, die als Quelle der Blutung angesehen

werden kann, befindet sich derselbe in contrahirtem Zustande, so sind Verletzungen des Cervix der Vagina oder der äussern Genitalpartien anzunehmen.

Hat man sich ferner durch sorgfältige Inspection überzeugt, dass die äusseren Geschlechtstheile unverletzt sind, so kann man per exclusionem auf eine Verletzung des Cervix oder der Vagina schliessen.

An den äussern Genitalien stammen Blutungen entweder von einem Dammriss oder von einer Ruptur neben Clitoris und Urethralmündung. Ist Letzteres der Fall, so kann auch die Art des Blutaustrittes die Diagnose etwas unterstützen, — es strömt nämlich alsdann das Blut ähnlich dem Urin aus dem vordern und obern Umfange der Schamspalte, und es gelingt bisweilen nach raschem Abtupfen der blutenden Stelle mit dem Schwamm auf einen Moment die blutenden Gefässe zu entdecken.

Ist die eigentliche Quelle der Blutung aufgefunden, so müssen die betreffenden Gefässe sofort gegen die Symphyse angedrückt werden, bis die Placenta gelöst und alles Nöthige für Anlegung der Nähte herbeigeschafft ist, alsdann kann man versuchen, dieselben einzeln zu unterbinden; falls diess nicht möglich ist, wird man eine Ligatur en masse oder entsprechende Nähte anlegen.

Es gelingt diess nicht immer leicht, da manchmal bei jedem Versuche, Finger oder Schwamm von dem Gefässe wegzunehmen, das Blut so profus hervorquillt, dass man sich nur sehr schwer orientiren kann, manchmal aber auch das cavernöse Gewebe so schlaff und brüchig ist, dass die Nähte gar nicht oder nur schlecht halten. Halten auch solche Nähte nicht, welche weit vom Rande des Risses entfernt angebracht sind, so verliere man damit nicht weiter die kostbare Zeit, sondern presse einen Schwamm gegen die spritzenden Gefässe und vernähe auf jenen die

grossen Labien, um auf diese Weise das Herausfallen des Tampons zu verhindern.

Bei constatirter Uterusatonie dagegen muss man probiren, durch Massage den Uterus zur Contraction zu bringen; ferner ist Injection von kaltem oder heissem Wasser in die Uterushöhle, verdünnte Lösung von Ferrum sesquichlœ, Secale cornutum u. s. w. indicirt. Zur Verhinderung der Wiederausdehnung des Uterus schiebt man die Bauchdecken so weit wie möglich nach oben und fixirt den Fundus uteri durch irgend einen schweren Körper, z. B. ein Eisen, welches in ein Handtuch eingewickelt ist, letzteres dann um den Leib herum gebracht und mit seinen Enden geknöpft wird. Zwischen Bandage und Symphysis kann man schliesslich noch einen Eisbeutel appliciren. Blutungen aus der Scheide werden am besten durch Nähte gestillt, was wieder nicht immer gut möglich ist, da die Risse in den Schleimhautfalten einer unmittelbaren Beobachtung nicht zugänglich sind und die Bloslegung der blutenden Gefässe mittelst des Speculum zu umständlich ist und zu viel Zeit erfordert. In solchen Fällen bleibt nichts anderes übrig, als die Scheide zu tamponiren, jedoch muss dann nach der oben angegebenen Weise dafür gesorgt werden, dass der Uterus sich nicht wieder ausdehnen kann.

Am Schlusse meiner Ausführungen angelangt, komme ich der angenehmen Pflicht gerne nach, hiemit meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. P. Müller, für die so zuvorkommende Unterstützung bei dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung des Materials aus seiner Klinik meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.